
ЭТИКА

А. В. АНТИПОВ

ОБ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЯХ КРИТИЧЕСКОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

В статье представлен анализ основных положений критической суицидологии. Исследование выстраивается на противопоставлении устоявшихся и конвенциональных представлений о суицидальном поведении и способов их критики. Прослеживается понимание добровольного отказа от жизни как патологизированного феномена в виде объяснительных моделей, которые формулируются в медицине и психиатрии. Оформление научной суицидологии как междисциплинарного поля исследования связывается с использованием количественных, а не качественных методов исследования, и поиском универсальных причин суицидального поведения. Критическая суицидология ставит такое положение дел под сомнение, выстраивая свои рассуждения на необходимости понимания суицида как феномена, всегда происходящего в определенном социальном, политическом и культурном контексте. На основании этого выделяются слабости медикализованного взгляда, которые состоят в размывании вопроса об ответственности, недостаточном внимании к репрессивным практикам, отказе в свидетельстве от первого лица. Другим важным аспектом критической суицидологии является попытка проследить формирование суицидального субъекта, который связан с реализацией дискурсивных практик, определяющих способ проявления суицидальности.

Ключевые слова: критическая суицидология, суицидальный субъект, медикализация, превенция, биовласть.

The article presents an analysis of the main points of critical suicidology. The study is built on the opposition of established and conventional notions of suicidal behavior and ways of their criticism. It traces the understanding of voluntary abandonment of life as a pathological phenomenon in the form of explanatory models, which are formulated in medicine and psychiatry. The formation of scientific suicidology as an interdisciplinary field of research is associated with the use of quantitative rather than qualitative research methods, and the search for universal causes of suicidal behavior. Critical suicidology questions this situation, building its reasoning on the need to understand suicide as a phenomenon that always takes place in a particular social, politi-

cal, and cultural context. On this basis, the weaknesses of the medicalized view, which consist of a blurring of the question of responsibility, a lack of attention to repressive practices, and a denial of first-person testimony, are highlighted. Another important aspect of critical suicidology is the attempt to trace the formation of the suicidal subject, which is connected with the realization of discursive practices that determine the way suicidality is manifested.

Keywords: *critical suicidology, suicidal subject, medicalisation, prevention, biopower.*

В разные времена и периоды истории отношение к самоубийству как явлению и самоубийцам было различным. Долгое время способ восприятия суицида фундировался религиозными представлениями, зачастую полагающими суицид греховным действием, за которым следовало не только религиозное, но и светское наказание. Появление и оформление научной суицидологии, сменяющей религиозное и философское объяснение суицида, и медицинского взгляда на проблему самоубийства смещает акцент с греха и преступления на безличную болезнь, служащую оправданием добровольного отказа от жизни. Суицидология вследствие сложности объекта исследования и невозможности объяснить его только с помощью данных какой-то одной науки [Maris 2019] активно использует инструментарий точных и естественных наук для поиска интерсубъективных детерминант суицидального поведения, тем самым не принимая во внимание как личностные характеристики ценностного выбора, так и в самом широком понимании культурный контекст, в котором этот выбор совершается. Ответом на это становится появление так называемой критической суицидологии, которая, с одной стороны, выстраивается на выявлении уязвимостей и слабых мест в существующих объяснительных моделях научной суицидологии и проводимой ею превенции суицида, а с другой стороны, показывает, что суицид и как индивидуальное действие, и как общественное явление не может быть понят аконтекстуально. Целью данной статьи являются рассмотрение и анализ основных положений критической суицидологии посредством сравнения со способом объяснений, предпринимаемым в рамках научной суицидологии.

Предмет исследования

В первом приближении суицид и определение суицидального поведения представляются довольно простым явлением. Человек

самостоятельно осуществляет действие, которое приводит его к лишению жизни. Однако в некоторых случаях возникают сомнения, действительно ли конечной целью совершаемых действий было достижение смерти. В ситуации героического самопожертвования, примеров которого множество в военное и мирное время, человек также осуществляет действия, приводящие к его собственной смерти, но, по определенным версиям, не подпадает под категорию самоубийц. Так обозначается одно из концептуальных затруднений, состоящее в разделении самоубийства и самопожертвования, которое заставляет посмотреть пристальнее на совершаемый поступок.

Такое затруднение может быть разрешено посредством нескольких стратегий. Укажем две из них, во многом противоположные друг другу. Первая стратегия выражается в полном разграничении самоубийства и самопожертвования посредством постфактального анализа обстоятельств. Как указывает Ж.-Э. Эскироль, одним из первых обративший свое внимание на проблему суицида с позиций психиатрии, отдать жизнь во имя долга не считается самоубийством и не может быть отнесено к этой категории [Esquirol 1845]. В противоположность ему Э. Дюркгейм, автор известного социологического исследования самоубийства, выделяет альтруистическое самоубийство, которое совершается во имя долга [Дюркгейм 1994]. Вторая стратегия состоит в анализе структуры самого поступка. Ключевым положением становится представление о намерении совершить самоубийство или достигнуть смерти, из-за которого, по мысли С. Доуи, возникают проблемы и путаницы в классификациях и определениях. Она предлагает полностью отказаться от «намерения» в структуре суицидального поступка, тем самым отбрасывая представление о том, что самоубийство всегда является преднамеренным. Согласно ее мысли, в самоубийстве не представляется возможным понять уровень намерения, присущий данному конкретному поступку, и это приводит к невозможности договориться о том, что можно считать самоубийством. Поэтому необходимо отказаться от «намерения» и считать самоубийством любую смерть, наступившую в результате самостоятельных действий человека [Dowie 2020].

Отказ от «намерения» в структуре суицидального поступка может быть классификационно оправдан, но отсекает важную часть, связанную с ценностными и экзистенциальными измерениями

ми поступка. Философия и этика делают указанные измерения предметом своего анализа, поскольку взгляд на самоубийство без намеренного совершения поступка и предпочтения определенной ценностной иерархии не способен адекватно выразить всю сложность феномена суицида.

Основатель научной суицидологии Э. Шнейдман дает следующее, во многом компромиссное определение: «...суицид является сознательным действием самоуничтожения, которое можно понять как многомерное патологическое состояние сталкивающегося с непереносимой проблемой, лучшим решением которой, по его мнению, является смерть» [Шнейдман 2013: 358]. Оно, с одной стороны, сочетает в себе «решение», которое можно интерпретировать как сочетание намерения и выбора, а с другой – указывает на патологическое состояние, что продолжает традицию медикализованного взгляда на суицид.

(Био)медикализация суицида

Медикализация обозначает процесс, при котором происходит переопределение социальных, поведенческих и моральных проблем и их превращение в медицинские. Для этого используется применение медицинского языка для обозначения и патологизации различных социальных явлений [Михель 2011: 256]. При этом «медикализация [определяется] не как линейный и однозначный механизм реализации медицинской власти, но как гибкий и подвижный процесс, зависящий от обстоятельств конкретного взаимодействия» [Минаков и др. 2022: 194]. Переход из категории моральных проблем, связанных с совершением выбора, определением ценностных предпочтений и возможности реализации свободы предельной детерминации, в разряд медицинских характеризуется изменением в способах вменения вины и ответственности, а также трансформирует восприятие и отношение к отдельному феномену.

Медикализация суицида как превращение его в медицинскую проблему сопровождается попыткой выявить основание совершения самоубийства в наличии болезни или определенного расстройства. Подобное рассуждение, которое сопровождается утверждениями о патологичности суицида, выстраивается на поиске необходимой связи между болезнью и самоубийством как ее манифестацией. Изначально данный процесс способствует либерализации

отношения к суициду. Она выражается в смягчении общественного и государственного порицания, которое проявлялось как в форме отказа совершения обязательных ритуалов погребения, так и в наказании выживших после попытки совершения суицида. Рассмотрение в качестве медицинской проблемы позволяет обозначить процесс как патологический, а потому нуждающийся в излечении, а не наказании. Но положительный эффект выведения суицида за пределы наказания со стороны государства характеризуется и негативными чертами, среди которых в качестве наиболее значимых следует выделить вопрос об ответственности и стигматизирующее воздействие.

Стигматизация в данном случае происходит в связи с тем, что суицидент наделяется характеристикой носителя психического расстройства. «Стигма сумасшествия» [Бойко 2004: 151], которой наделяются суициденты, служит препятствием для полноценного участия в жизни общества, а также негативно влияет на межличностное взаимодействие. Невозможность стать полноценным участником коммуникации способствует отчуждению человека и не позволяет ему найти необходимую помощь. Так, исчезновение наказания со стороны государства превращается в предосудительное отношение со стороны общества и приводит к усилению аутодеструктивных поведенческих тенденций.

Принятие предпосылки медицинского и психиатрического взгляда суицидента поднимает и вопрос о моральной ответственности. Предпосылка о необходимой связи между психическим расстройством и совершением суицида обосновывается поиском объективных оснований, которые способны детерминировать стремление человека к осуществлению такого поведения. Объективные основания позволяют либо частично сгладить, либо полностью снять вопрос о моральной ответственности, накладываемой на суицидента. Медицинский и психиатрический взгляды обеспечивают прощение, тем самым снимая вину с самого человека. Он в момент своего действия не мог быть ответственен за собственные действия, поскольку поступал так по причине патологических процессов, которым был подвержен. В другом варианте ответственность может перекладываться на другого человека, например врача. Контракты Улисса, которые заключаются между врачом и пациентом (потенциальным суицидентом), позволяют пациенту, знающему

о своем возможном патологическом поведении в кризисные моменты, дать врачу право предпринимать действия для спасения жизни пациента без согласия последнего. Неспособность нести ответственность за собственные мысли и действия является следствием медицинского и психиатрического взгляда на суицид, что, в свою очередь, приводит к невозможности полноценного функционирования в обществе.

Биомедикализация понимается как продолжение описываемых выше процессов и в качестве тенденции, усиливающей внимание к здоровью не как к условию полноценного функционирования, а как к выявлению и элиминации рисков в будущем, контроль над состояниями организма. В контексте проблемы суицида биомедикализация может быть описана как сосредоточение внимания на возможности совершения суицида на основании, например, выявления генетических предрасположенностей. Использование здоровья в качестве объекта биотехнологического конструирования и вмешательства позволяет рассматривать суицид как один из рисков, которые необходимо вовремя выявить и предотвратить. Превенция осуществляется на основании данных научной суицидологии, для которой особо важную роль играют количественные исследования и научная рациональность.

Появление и оформление научной суицидологии

Наука, сделавшая суицид непосредственным предметом своего исследования, формально появляется довольно поздно, в первой половине XX в. Ее развитие и становление связано с именем Э. Шнейдмана [Leenaars 2010]. Примечательно появление самого термина. И. Л. Полотовская [2010: 250] ошибочно предполагает, что сам термин «суицидология» принадлежит авторству Шнейдмана. Вероятно, это предположение коренится в одном из эпизодов книги Э. Шнейдмана под названием «Душа самоубийцы», в котором автор описывает разговор с доктором Йоллесом: после предложения со стороны Шнейдмана создать журнал под названием «Бюллетень суицидологии» доктор Йоллес замечает, что это слово является «незаконнорожденным» неологизмом, потому что сочетает в себе заимствования из двух языков – латинского и греческого. Это может рассматриваться как косвенное свидетельство того, что термин «суицидология» вводится в научный оборот именно Шнейдманом,

однако издавался журнал с 1968 по 1971 г., а согласно русскоязычным источникам [Ефремов 2004; Юрьева 2006], данное название предлагалось в западных источниках намного раньше – в 1929 г. Однако в русскоязычной литературе можно найти варианты употребления данного слова («сюисидологи») еще раньше, в книге П. Г. Розанова «О самоубийстве» 1891 г. (данный факт также упоминается в указанных работах Ефремова и Юрьевой).

Позднее оформление в отдельную дисциплину не указывает на то, что суицид не подвергался исследованию. До XIX в. проблема самоубийства существует в качестве объекта философского, религиозного, правового и прочего рассмотрения. Философский контекст сосредотачивается вокруг анализа ставших классическими, но не теряющих своего голоса и значения сегодня проблем: свободы воли, возможности детерминации границ своего существования, вопроса о достаточных основаниях и обстоятельствах для извинения, обоснования возможности вмешательства и превенции. Указанные вопросы и проблемы характерны также для современности, особенно активно они обсуждаются в философской суицидологии и в контексте биоэтического дискурса, а также в связи с распространением и легализацией в некоторых странах феноменов эвтаназии и ассистированного врачом самоубийства в ситуациях, когда «смерть наступает вследствие выбора» [Cholbi, Valerius 2015: 1].

В XIX в. суицид становится предметом исследования психиатрии и медицины, которые создают объяснительные модели суицидального поведения и формируют программы и практики, направленные на снижение уровня самоубийств и их предотвращение. Отдельным преимуществом психиатрии и медицины в работе с суицидентами является возможность непосредственного воздействия на поведение с целью его изменения или на болезнь для ее излечения. Использовались методы как медикаментозного, так и морального лечения, которые позволяли перейти от теоретических аргументаций и концептуального анализа к работе с непосредственным человеком в пространстве клиники. Основное внимание сосредотачивается на поиске болезней (или состояний), которые способны являться причинами суицидального поведения.

Институционализация суицидологии начинается в XX в. с появления Центра превенции суицидов в США и проходит путь до учреждения кафедр в университетах для подготовки квалифициро-

ванных суицидологов и формирования отдельных направлений деятельности в ведущих мировых центрах, таких как, например, Всемирная организация здравоохранения. При этом могут даваться довольно пространные определения самой науки: «Суицидология сегодня – это интенсивно развивающаяся область теоретических и практических знаний, использующая достижения многих научных дисциплин и активно взаимодействующая с ними (психиатрией, психологией, юриспруденцией, социологией и другими науками)» [Ефремов 2004: 17]. В рамках такого определения не представляется возможным увидеть научную суицидологию в первую очередь как клиническую, для которой характерно использование медицинского и клинического инструментария (а также эпидемиологии, биохимии, генетики и др.) для формирования объяснительных моделей. Научная суицидология использует в первую очередь количественные исследования, основанные на методологии точных и естественных наук, предполагая, что тем самым возможно, с одной стороны, найти универсальное объяснение суицидального поведения, а с другой – обосновать необходимость вмешательства и сформулировать программу превенции суицида. Приверженцы критической суицидологии не согласны ни с методологией научной суицидологии, ни с качеством и формами превенции, проводимой на основании ее данных.

Критика научной суицидологии и превенции

Появление критической суицидологии обусловливается необходимостью взглянуть на способ объяснения суицида и его превенцию не только в терминах поиска объективных оснований, но и как на действие, существующее в социальном, культурном, политическом контексте. Такой подход выстраивается на доминировании позитивистских, эмпирических и количественных подходов к исследованию суицида и к практике его превенции. Подвергая сомнению положения о «бидетерминизме в суицидологии, согласно которому самоубийство стало рассматриваться как патология индивидуального сознания», и трактовки суицидальности как проявления патологичности и иррациональности, которые «используются для обоснования интервенционизма, <...> связанного с оценкой риска, выявлением, управлением и лечением психического здоровья», критическая суицидология «сопротивляется уни-

версализации теории суицидальности» [Ansloos, Peltier 2022: 102]. Универсальный подход, на поиск которого ориентирована научная суицидология, не удовлетворяет критиков вследствие его ограниченности и отказа от контекстуальности и исторической обусловленности в понимании суицида.

В качестве первого направления критики следует указать выделяемые И. Маршем три положения научной суицидологии, которые сегодня занимают главенствующее положение в теориях суицидальности и практиках превенции: патологичность суицида, научность суицидологии и индивидуальность суицида [Marsh 2016: 16–17]. Для иллюстрации этих положений используется медицинская метафора, в которой происходит сравнение суицидального поведения с наличием онкологического заболевания: «Представьте на минуту, что вам сказали, что у вас “суицидальное состояние 2 типа, 4 стадия”, которое имеет “30 % шансов на выживание в течение 2 лет”» [Marsh 2016: 16–17]. Использование инструментария научной суицидологии предполагает, что суицидальное поведение может быть описано и подвергнуто измерению как объективный процесс, но использование подобных иллюстраций призвано показать, что такой подход ничего не проясняет и в необходимой степени не отражает проблемы.

Первые два положения (о патологичности суицида и научности суицидологии) были раскрыты выше, поэтому обозначим третье положение (об индивидуальности суицида). Критики научной суицидологии указывают на необходимость использовать политический подход и представления о социальной справедливости: «Постановка вопроса о самоубийстве как вопроса политики и социальной справедливости представляет собой вызов индивидуализированному, “интернализированному”, патологизированному и деполитизированному пониманию (и опыту) самоубийства, которое возникло в связи с доминирующими психическими конструкциями этого акта» [Idem 2020: 28]. Такой подход позволяет выделить структурные проблемы общества, для разрешения которых необходим «глубокий контекстуальный анализ и более организованный социальный и политический ответ» [Button, Marsh 2020: 3].

Второе направление критики ориентируется на практику превенции суицида, проводимой на основании данных научной суицидологии. Критиками утверждается необходимость подхода, учиты-

вающего больше нюансов непосредственной жизни человека [Evans *et al.* 2022: 43], поскольку для предотвращения аутодеструктивного поведения важно не только обладать общенаучными представлениями о его генезе, но и иметь представление о конкретной ситуации и образе жизни, принятых в данном сообществе. Вопрос о превенции актуализирует вопрос о возможности вмешательства в совершение поступка, что зачастую разделяет аргументирующих на две части: «“Превенция” для одной группы ассоциируется с понятиями защиты, вмешательства и примата жизни, а для другой <...> – это вмешательство, ущемление прав и необоснованное “внешнее” требование продолжения страданий» [Marsh *et al.* 2022: 22]. Ценность свободы и возможности детерминации границ своего существования вступает в противоречие с безусловной ценностью жизни, и решение поднимающейся дилеммы не представляется возможным посредством директивного назначения, поэтому превенцию «необходимо рефлексивно конструировать на месте» [Evans *et al.* 2022: 27]. Это обозначает ситуацию, при которой помощь конкретному человеку контекстуализирована и вписана в его социальный, культурный и политический опыт жизни. В данном случае предполагается, что «в более широком смысле государства, которые политически серьезно относятся к профилактике самоубийств, будут предпринимать шаги, направленные на то, как они воздействуют на людей: материально (экономически); принудительно через законы и правила; и дискурсивно через нормы и увековечивание социальных сценариев» [Button 2020: 98–99]. Превенция предполагает использование широкого инструментария, который не должен ограничиваться только пространством клиники и терапевтическим вмешательством.

Критическая суицидология выстраивается на отказе от объективистских и позитивистских подходов к контекстуализированным [White *et al.* 2016: 2], которые способны показать не столько обусловленность действия объективными основаниями, сколько его вписанность в более широкие практики взаимодействия.

Контекстуализация суицида

Возрастает количество голосов, призывающих взглянуть на суицид не только как на обезличенное явление общественной жизни и индивидуальный поступок, но как на феномен, помещенный

в совершенно определенный социальный и культурный контекст. Указание на контекстуальность не является уникальным со стороны критической суицидологии. Постдюркгеймианский исследователь Дж. Дуглас указывает, что ситуативное значение суицида в значительной степени отличается от его абстрактного значения, и раскрывает это через две «фундаментальные предпосылки»: во-первых, невозможно предсказать или объяснить суицид, используя только абстракции (и абстрактные ценности), во-вторых, невозможно осмыслить значение суицида (как и любого другого социального действия) в условиях лабораторий, в которых исследователь абстрагируется от конкретных случаев. Дуглас настаивает на том, что исследование суицида в социологии должно принимать во внимание его социальное значение [Douglas 1970: 339]. Но Дж. Дуглас сосредотачивает свое внимание только на социальном акте и критике существующих объяснительных теорий, не обозначая более широких коннотаций и связей.

Критическая суицидология видит проблему в том, что результатом поиска объективных оснований и строгой ассоциации психических состояний и суицида стала невозможность помыслить суицид иначе, кроме как в указанной связке. Все иные способы добровольного отказа от жизни отрицаются и не попадают в поле исследований. Количественные методы не способны дать полноценного объяснения, в то время как предполагаемая «качественная методология» позволяет изучать способы самостоятельного окончания жизни в динамике и контексте [Hjelmeland 2016: 48]. Посыл критической суицидологии состоит в создании возможностей высказаться тем, чьи «голоса оказываются заглушены (отрицаются или маргинализируются)» [Marsh *et al.* 2022: 11]. Это позволяет выявить прежде скрытые характеристики суицидального поведения вследствие предпосылки о том, что «суицид и его сложности становятся видимыми благодаря тому, как контролируется или свободно выражается дискурс» [Ranahan, Keefe 2022: 81]. Один из способов, который предлагается для тех, кто выведен за границы концептуальной рамки, состоит в анализе личных историй и проведении интервью [Fitzpatrick 2016]. Так происходит наполнение конкретным эмпирическим материалом. Отличие от научной суицидологии, для которой исследование историй суицидентов и предсмертных записок имеет большое значение, состоит в том, что научная суицидо-

логия сосредоточена на поиске свидетельств психической болезни, количественных показателях и клинической диагностике, но не принимает во внимание опыт насилия, угнетения, политического давления, экономического неравенства. Контроль над концептуальной рамкой со стороны представителей медицины не позволяет, с одной стороны, увидеть в суициде проявление политических и структурных проблем, а с другой – наделяет суицидентов такими характеристиками, как «иррациональность, некомпетентность, отчуждение, [что] разрушает доверие к суицидальным субъектам и лишает их голоса силы» [Baril 2020].

Проявление политических и структурных проблем наиболее полно реализуется на примере этнографических исследований. В рамках исследований коренных народов суицидальность является тем, «что происходит с разумом и телом, на которые воздействует определенный набор колониальных логик», а суицид рассматривается в качестве способа выхода из структурного угнетения. Деколониальный посыл критической суицидологии состоит не в утверждении «нормальности» суицидов, но в необходимости исследователей обращать внимание на структурное угнетение и несправедливость, которые способствуют увеличению количества таких смертей. В практическом плане это означает, «что нам необходимо реформировать или отменить структуры, которые осуществляют насилие в отношении коренных народов» [Ansloos, Peltier 2022: 116].

Затрудненное доверие к суицидальным субъектам и проблема наделяния их возможностью быть услышанными обозначается с помощью языкового оформления и концепции эпистемической несправедливости. Исходя из позиций социальной справедливости, В. Рейнольдс предлагает использовать исследования языка для анализа проблемы суицида. Указываются четыре языковые операции, выделяемые для анализа насилия, которые могут быть применены и для лучшего понимания суицида. Во-первых, сокрытие насилия: о суициде говорится не как о насилии, а как о результате действия депрессии, тревоги и т. д. Во-вторых, «язык “совершения самоубийства” скрывает сопротивление жертв насилию и не может вписаться в позицию борьбы с угнетением», то есть не репрезентирует ту борьбу, которую вел человек. В-третьих, происходит сокрытие виновников, поскольку язык самоубийства наделяет винов-

ностью только того, кто покончил с собой. В-четвертых, язык самоубийства обвиняет саму жертву в насилии [Reynolds 2016: 171–172]. Так языковые средства способствуют предвзятому отношению к суициду, продолжая дискурсивные практики медикализованного взгляда.

Другим основанием для проблематизации доверия к суицидентам является концепт эпистемической несправедливости, который позволяет прояснить недостаточное внимание к данным непосредственного суицидента. Патологизация суицида ослабляет доверие к суициденту в контексте свидетельской и герменевтической несправедливости. Свидетельская несправедливость возникает в случае, если рассказ человека игнорируется, не принимается на веру или подвергается сомнению вследствие его «неудовлетворительных» социальных характеристик. В случае строгой связи между психическим заболеванием и суицидом рассказ суицидента может быть воспринят как недостоверный. Герменевтическая несправедливость обозначает ситуацию, при которой объяснения человека воспринимаются как слишком путаные или не подходящие под существующие концепции [Chandler 2020: 38].

Критическая суицидология стремится вписать суицид в широкий контекст культурных смыслов, политических практик, социальных взаимодействий. Однако отдельное значение приобретает прояснение генезиса суицидального субъекта.

Рождение суицидального субъекта

В продолжение высказанного выше утверждения о том, что суицидальность представляет собой воздействие колониальных (в общем смысле – политических) логик [Ansloos, Peltier 2022: 116], критические суицидологи ставят перед собой задачу поиска дискурсивных и политических оснований конституирования суицидального субъекта.

Появление суицидального субъекта анализируется в контексте развития точки зрения, заданной М. Фуко. Как указано в первом томе «Истории сексуальности», «самоубийство, которое прежде считалось преступлением, поскольку было способом присвоить себе право на смерть, отправлять которое мог лишь суверен, <...> именно оно заставило появиться – на границах и в зазорах осуществляющейся над жизнью власти – индивидуальное и частное

право умереть» [Фуко 1996]. Появление биовласти как инструмента управления жизнью и ее феноменами выводит «частное право умереть» из-под непосредственного контроля со стороны государства. До ее появления «право на смерть» было уникальным и присущим только суверену, а любой, кто пытался на него претендовать, тем самым бросал суверену вызов. При биополитическом способе регулирования добровольный отказ от жизни рассматривается не как покушение на власть суверена (и поэтому не наказывается со стороны государства), а как уклонение.

При этом для Фуко важно, что сначала суицид становится делом социологических исследований, которое претендовало на привилегированный статус в защите общества от негативных явлений. Раскрывая эту линию, Т. Тирни рассматривает зарождение социологического взгляда с появления в Пруссии «полицейской науки» (Polizeiwissenschaft), которая применяет статистический метод для анализа проблем общества, и работ И. П. Франка как одного из ведущих теоретиков «медицинской полиции» (medizinische Polizei), выделяемой как ответвление полицейской науки в конце XVIII в. Согласно исследованию Т. Тирни, Франк рассматривал самоубийство как то, что наносит большой вред обществу, а потому государство должно им заниматься, но не наказывать тела самоубийц и их семьи, а прикладывать усилия для борьбы с причинами этого явления [Tierney 2010: 368–369]. Однако исторически психиатрический и медицинский способы анализа оказываются более подходящими, что обсуждалось выше в контексте становления научной суицидологии.

Продолжая линию рассуждений М. Фуко, Х. Тейлор предполагает, что «суицидальная субъектность конституировалась через какофонию “экспертных” дискурсов на эту тему на протяжении последних двух столетий» [Taylor 2015: 201]. Однако она не соглашается с Фуко в объявлении табу на тему смерти, объясняя, что об одном виде смерти – самостоятельном отказе от жизни – говорят значительно больше, чем когда-либо, и осуществляется это преимущественно медиками. Как следствие медиализации, поступок, реализующий отказ от жизни, в современности ярко иллюстрирует сформированный тип субъектности в контексте феноменов эвтаназии и ассистированного врачом суицида: наличие неизлечимого заболевания и сопровождающие его характеристики, такие как не-

переносимость боли и радикальное снижение качества жизни, в качестве достаточного основания, которое принимается врачом и этическим комитетом, позволяет избежать подозрений в иррациональности и психическом нездоровье того, кто добровольно хочет отказаться от жизни.

В контексте рассматриваемой позиции суицидальный субъект является тем, что, с одной стороны, предстает объектом изучения и научного знания, а с другой стороны, представляет собой продукт этого знания. Прослеживание зарождения и обоснование возможности такого типа субъектности служит совершенно конкретной цели, поскольку «открывает возможности для сопротивления [медициализированному пониманию], а также способы определения самоубийства и превенции за пределами индивидуального и патологического [действия]» [Marsh 2020: 24]. Такая формулировка позволяет вписать суицид в политический контекст и сделать предметом анализа набор дискурсивных практик, определяющих способ и форму конституирования такого типа субъектности.

* * *

Опора на количественные методы, которые используются в научной суицидологии для выявления объективных обстоятельств, призвана позволить определить поддающиеся изменению причины. Следствием этого становится явление медикизации суицида и его патологизация, а научная или клиническая суицидология исходит из строгой ассоциации суицида и психического расстройства, на чем основываются методы исследования и способы превентивных вмешательств. Тем самым реализуется программа объяснения суицидального поведения через универсальные причины, характерные для человека как такового. Критическая суицидология выстраивается в качестве способа отказа от такого взгляда в пользу контекстуального анализа суицидального поведения, которое, согласно мысли исследователей этого направления, не может быть понято иначе. Обозначая недостатки медицинского взгляда и патологизации, критические суицидологи предлагают подвергнуть исследованию политические, этические, философские контексты суицидального поведения для формирования стратегий и программ более качественной помощи. В целом такой проект выстраивается в общегуманистическом русле как попытка взглянуть непосредственно, а не сквозь призму медицинских концепций, на тех, кто находится в кри-

зисной ситуации и самостоятельно отказывается от жизни. Но остается под вопросом, может ли он дать жизнеспособную программу превенции, способную сократить количество совершаемых самоубийств.

Литература

Бойко О. Мифология суицида // Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. Т. 7. № 2. С. 138–159.

Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М. : Мысль, 1994.

Ефремов В. С. Основы суицидологии. СПб. : Диалект, 2004.

Минаков А., Новкунская А., Клепикова А. Рождение пациента: (де)медицинализация новорожденных в организационных контекстах неонатальной службы // Журнал исследований социальной политики. 2022. № 2. С. 181–198.

Михель Д. В. Медицинализация как социальный феномен // Вестник СТГУ. 2011. № 4 (60). Вып. 2. С. 256–263.

Полотовская И. Л. Смерть и самоубийство: Россия и мир (Историко-культурологическое развитие проблематики с древнейших времен до наших дней). СПб. : ДМИТРИЙ БУЛАНИН, 2010.

Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А. Н. Моховиков. М. : Когито-Центр, 2013. С. 353–359.

Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография. Днепропетровск : Пороги, 2006.

Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. М. : Касталь, 1996.

Ansloos J., Peltier S. A Question of Justice: Critically Researching Suicide with Indigenous Studies of Affect, Biosociality, and Land-based Relations // Health. 2022. Vol. 26 (1). Pp. 100–119.

Baril A. Suicidism: A New Theoretical Framework to Conceptualize Suicide from an Anti-oppressive Perspective [Электронный ресурс] : Disability Studies Quarterly. 2020. No. 40 (3). URL: <https://dsq-sds.org/article/view/7053/5711>.

Button M. Suicidal Regimes: Public Policy and the Formation of Vulnerability to Suicide // Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention / ed. by M. E. Button, I. Marsh. New York : Routledge, 2020. Pp. 87–101.

Button M., Marsh I. Introduction // *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* / ed. by M. E. Button, I. Marsh. New York : Routledge, 2020. Pp. 1–12.

Chandler A. Shame as Affective Injustice: Qualitative, Sociological Explorations of Self-Harm, Suicide and Socioeconomic Inequalities // *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* / ed. by M. E. Button, I. Marsh. New York : Routledge, 2020. Pp. 32–50.

Cholbi M., Valerius J. *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. Cham: Springer International Publishing, 2015.

Douglas J. *The Social Meanings of Suicide*. Princeton : Princeton University Press, 1970.

Dowie S. What is Suicide? Classifying Self-killings // *Medicine, Health Care, and Philosophy*. 2020. Vol. 23 (4). Pp. 717–733.

Esquirol E. *Mental Maladies. Treatise on Insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845.

Evans R., Sampson C., MacDonald S., Biddle L., Scourfield J. Contesting Constructs and Interrogating Research Methods: Re-analysis of Qualitative Data from a Hospital-Based Case Study of Self-harm Management and Prevention Practices // *Health*. 2022. Vol. 26 (1). Pp. 27–46.

Fitzpatrick S. Ethical and Political Implications of the Turntostories Insuicide Prevention // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2016. Vol. 23. No. 3/4. Pp. 265–276.

Hjelmeland H. A Critical Look at Current Suicide Research // *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* / ed. by J. White, M. Kral, J. Morris, I. Marsh. Vancouver: UBC Press, 2016. Pp. 31–55.

Leenaars A. Edwin S. Shneidman on Suicide // *Suicidology Online*. 2010. No. 1. Pp. 5–18.

Maris R. W. *Suicidology*. New York: Guilford Publications, 2019.

Marsh I. Critiquing Contemporary Suicidology / ed. by J. White, M. Kral, J. Morris, I. Marsh. *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century*. Vancouver: UBC Press, 2016. Pp. 15–30.

Marsh I. *Suicide and Social Justice: Discourse, Politics and Experience* // *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* / ed. by M. E. Button, I. Marsh. New York : Routledge, 2020. Pp. 15–31.

Marsh I., Winter R., Marzano L. Representing Suicide: Giving Voice to a Desire to Die? // *Health*. 2022. Vol. 26 (1). Pp. 10–26.

Ranahan P., Keefe V. The Bounds of Suicide Talk: Implications for Qualitative Suicide Research // *Health*. 2022. Vol. 26 (1). Pp. 81–99.

Reynolds V. Hate Kills: A Social Justice Response to “Suicide” // *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* / ed. by J. White, M. Kral, J. Morris, I. Marsh. Vancouver: UBC Press, 2016. Pp. 169–187.

Taylor C. Birth of the Suicidal Subject: Nelly Arcan, Michel Foucault, and Voluntary Death // *Culture, Theory and Critique*. 2015. No. 56 (2). Pp. 187–207.

Tierney T. The Governmentality of Suicide: Peuchet, Marx, Durkheim, and Foucault // *Journal of Classical Sociology*. 2010. No. 10 (4). Pp. 357–389.

White J., Marsh, I., Kral, M. and Morris, J. Introduction: Rethinking Suicide // *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* / ed. by J. White, M. Kral, J. Morris, I. Marsh. Vancouver : UBC Press, 2016. Pp. 1–14.